



FORMATO DE VINCULACION DE PERSONA NATURAL

CODIGO: FNC4F

VERSION: 002

FECHA DE ULTIM REVISION: 10/12/2021

Ciudad
Santa Marta

Oficina

Fecha Vinculación

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos : ARNALDO ANDRES VELEZ CHARRIS														Sexo													
														M	X	F											
Tipo de Documento						Número						Expedida en			Fecha de Expedición												
C.C.	X	C.E		T.I		R.C		PP		1.082.245.308						ARIGUANI MAGDALENA			24/12/2007								
Estado Civil (Seleccione)						Nivel educativo						No. Personas a cargo		Tipo de Vivienda			Zona Ubicación										
Soltero		Casado		Divorciado		U. libre		Viudo		Primaria		Bachiller		Técnico		Universidad		Propia		Arrendada		Familia		Rural		Urbano	
		X														X		3						X		X	
Fecha nacimiento				Lugar de Nacimiento				TECNOLOGÍA EN GESTIÓN ADMINISTRATIVA										Municipio / Ciudad				Departamento					
23				12 1989				SANTA MARTA- MAG				TÉCNICO PROFESIONAL EN ADMINISTRACIÓN DE EMPRESA										SANTA MARTA				MAGDALENA	
Correo Electrónico														No. Celular				Telefono									
arnaldoicad2016@gmail.com														3102432320				3001335994									
Ocupación (Seleccione)														Actividad Principal CIU													
Estudiante		x		Independiente				Empleado		X		Hogar				Jubilado				8010							
Detalle Actividad Económica										Descripción del CIU																	
.TERMINE ACADEMICAMENTE LA CARRERA ADMÓN EMPRESA, A LA ESPERA DE RECIBIR EL TÍTULO. EMPLEADO EN UNA ENTIDAD PRIVADA SEGURIDAD PRIVADA.										CONTROL, PROTECCIÓN Y PREVENCIÓN																	

1.1 USO EXCLUSIVO EN EL CASO DE MENORES DE EDAD

Nombres y Apellidos del Representante Legal

Tipo de Documento

Número

C.C.

P.P

2. DATOS LABORALES

Nombre de la Empresa o Negocio				Tipo de Empresa o Negocio						Cargo					
SEGURIDAD NAPOLES				Publica		Privada	X	Mixta		Otra, cual?		GUARDA DE SEGURIDAD			
Dirección de empresa o negocio								Ciudad				Barrio		No. Teléfono	
CRA. 22 . Cl. 18 #22-61,								SANTA MARTA				JARDIN		3154711647	
Maneja dinero del Estado o está expuesto públicamente?												SI	X	NO	

3. INFORMACIÓN FINANCIERA

Total Ingresos Mensuales				\$1.800.000				Total Egresos mensuales				\$700.000					
Otros Ingresos Mensuales				0				Otros Egresos Mensuales				0					
Total Activos				\$2.000.000				Total Pasivos				\$250.000					
Mes y año de corte de la información financiera suministrada				Mes		Año		Es declarante?				NO		SI		NO	
Es servidor Publico? Si es servidor publico declare si maneja recursos publicos y/u Ostenta algun grado de poder publico o goza de reconocimiento Publico?																	
NO																	
Declaro que soy persona políticamente expuesta PEP?																	
SI																	
Declaro que el origen de los fondos con los cuales se maneja la cuenta y/o certificado proviene de:																	
EMPLEADO																	

1. Declaro que el origen de bienes y/o fondos para la apertura, certificados y demás productos provienen de actividades lícitas las cuales relaciono a continuación:

INGRESOS DE NÓMINA POR MEDIO DEL EMPLEADOR Y AHORROS

y no acepto como propias, los depósitos que a mi(s) cuenta(s) efectúen terceros con dinero proveniente de actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione, ni efectuare transacciones destinadas a tales actividades a favor de personas relacionadas con las mismas.

Autorizo de manera expresa, permanente e irrevocable a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche a o a quien represente sus derechos u ostente en el futuro la calidad de Acreedor para: 1) Verificar la información aquí suministrada a través de cualquier medio que considere conveniente. 2) Reportar, almacenar, actualizar, consultar, procesar, compilar, intercambiar, suministrar, grabar, solicitar y divulgar la información de carácter personal y/o financiera ante cualquier operador, Centrales de información del Sector Financiero, bases de información o cualquier otra entidad que maneje o administre bases de datos con los mismos fines, toda la información derivada de cualquier tipo de operación que celebre con la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche, con fines estadísticos, de control, supervisión, pruebas de mercadeo, actualización o verificación de mi información de conformidad con lo preceptuado en la ley de habeas data y de protección de datos personales. Lo anterior implica que el cumplimiento o incumplimiento de mis obligaciones se reflejará en las mencionadas bases de datos en donde se consignan de manera completa todos los datos referentes a mi actual, pasado y futuro comportamiento frente al sector financiero y en general frente al comportamiento de mis obligaciones.

Declaro que: 1) me comprometo a actualizar anualmente, y cuando me lo soliciten, la información de este formulario y presentar los documentos requeridos por la E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche 2) me reservo el derecho a conocer, actualizar, rectificar, modificar, eliminar, la información de carácter personal así como a solicitar por cualquier medio a E.S.E. Hospital Universitario Julio Méndez Barreneche no utilizar o revocar mi información personal 3) Conozco mis derechos y obligaciones derivados de la ley de Habeas Data y Protección de datos personales. 4) La E.S.E. Hospital Universitario Julio Mendez barreneche S.A. me ha informado los canales de comunicación a través de los cuales puedo acceder para conocer las obligaciones derivadas de las normas antes citadas. 5) Me obligo a actualizar los datos registrados y presentar los documentos o soportes requeridos anualmente.



Certifico (amos) que la información aportada en el presente documento es veraz y habiendo leído y comprendido y aceptado lo anterior, en constancia firmo (amos):

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'Arnaldo', written over a horizontal line.

ARNALDO ANDRES VELEZ CHARRIS

CC. 1082245308

22/ 01 / 2025

Nombre y Firma Oficial de cumplimiento